44e Année. — N° 29. Vendredi 16 juillet 1897.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Deux cas de diphtérie. Réflexions sur l'application du sérum antidiphtérique, par M. le Dr Brossard, 449. — **Bibliographie** : Aide-mémoire d'hygiène, par le professeur Paul Lefert, 454 : **Revue de la presse** : Arthritisme et Urée, 454. — Troubles trophiques de l'œil après section du grand sympathique au cou, 454. — **Académie de médecine** : *Séance du 13 juillet* 1897. Présidence de M. Caventou. — Mort de M. Debrou, 455. — Gastrectomie pour cancer de l'estomac, 455. — Abcès du foie développé six ans après une dysentérie des pays chauds, ouvert par vomique. Guérison par l'incision trans-diaphragmatique du foyer, 456. — Influence des rayons X sur la tuberculose, 456. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 9 juillet* 1897. Présidence de M. Debove. — De l'anesthésie dans la lèpre, 457. — Sténose pylorique et dilatation de l'estomac. Application de la gastro-diaphanie au diagnostic, 457. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** *Séance du 8 juillet* 1897. — Erythrodermie desquamative au cours du traitement du psoriasis par l'acide cacodylique, 458. — Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied chez une tuberculeuse; amélioration rapide par le calomel en injection intra-musculaire fessière, 448. — Chancres syphilitiques multiples de la face, 458. — Sur un cas probable de mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes ; vérification histologique, 459. — Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides, 459. — Urticaire chronique à répétition, 459. — Examen radioscopique du cartilage diaphyso-épiphysaire chez les hérédo-syphilitiques, 459. — Nœvus traité par l'électrolyse, 459. — Pyodermie eczématiforme, 459. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 10 juillet* 1897. Présidence de M. Voisin. — Congestion amygdalienne suppléant la fonction menstruelle chez une opérée, 460. — **Variétés** : Etude sur la crise que subit en ce moment la profession médicale, par le Dr Paul Richard, 461. — **Nouvelles**, 462. — **Bulletin bibliographique**, 464.

CLINIQUE MÉDICALE

Deux cas de diphtérie. — Réflexions sur l'application du sérum antidiphtérique (1).

Par M. le Dr J. Brossard.

Observation I. — Maurice G..., âgé de 3 ans, est né au mois de mars 1893, de parents très bien portants. Lui-même a jusqu'à présent une bonne santé générale; mais, né en état de mort apparente, il n'a pu être ranimé qu'après vingt minutes de respiration artificielle et de tractions rhythmées de la langue. Il s'enrhume facilement et a eu chaque hiver quelques atteintes de bronchite.

Le 9 mai 1896, Maurice est indisposé, maussade, il a un peu de fièvre, tousse un peu. Rien à l'auscultation, rien dans la gorge.

Le 10, la fièvre augmente. Les amygdales sont un peu rouges. La toux est peu intense et la voix claire : rien à l'auscultation.

Le 11 mai, je constate une petite plaque blanche sur chaque amygdale, et un peu d'engorgement ganglionnaire. Je fais faire immédiatement un examen bactériologique : le résultat, qui me parvient le lendemain, conclut à l'absence complète du bacille de Lœfler et à la seule présence de quelques staphylocoques,

Je me contente alors d'appliquer sur les amygdales un collutoire légèrement phéniqué, et de faire quelques lavages de la gorge,

Le 13 et 14 mai, l'état fébrile augmente, l'exsudat pseudo-membraneux s'étend, mais la voix reste claire et il n'y a aucun symptôme pulmonaire.

Le 15, la voix s'assombrit, la toux devient rauque ; l'urine devient albumineuse.

Le 16, la toux est franchement croupale, l'engorgement ganglionnaire considérable. Les fausses-membranes, abondantes et grisâtres, couvrent tout le voile du palais. Le soir, il y a du tirage sus et sous sternal.

A dix heures du soir, après avoir pris l'avis du Dr Hutinel, malgré l'examen bactériologique négatif et devant l'évidence des signes cliniques, je me décide à injecter 10 cc. de sérum.

Le 17, à 5 heures du matin, aucune amélioration, l'enfant suffoque, il asphyxie. Je fais appel à mon confrère et ami le Dr Chaillou, de l'Institut Pasteur, qui est d'avis qu'il est nécessaire et urgent de faire le tubage du larynx, et il procède à cette opération à 6 heures. Nous faisons en même temps une deuxième injection de sérum, cette fois de 20 cc.

Un ensemencement est fait à ce moment en vue d'un nouvel examen bactériologique, dont le résultat a permis de constater des colonies très nombreuses de bacilles diphtériques longs et enchevêtrés, mais à peu près purs.

L'enfant étant tubé, on l'alimente exclusivement avec du lait qu'il prend par petites quantités à la fois. Chaque prise de lait a pour résultat de provoquer un accès de toux qui fait expulser des mucosités et des débris de membranes. De plus, nous entretenons dans la chambre une température constante de 16 à 18° et une certaine humidité de l'air, en faisant bouillir de l'eau d'une façon permanente dans deux récipients placés un de chaque côté du lit. Toutes les heures ou toutes les deux heures on lave la gorge de l'enfant en y projetant de l'eau bouillie froide ou tiède au moyen d'une poire en caoutchouc. Ces lavages facilitent, par les accès de toux qu'ils provoquent, l'élimination et l'expulsion des mucosités et des membranes.

Enfin l'enfant est tenu dans la plus grande propreté

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 27 juin 1897.

possible par des lotions de la face, des mains et du corps à l'eau tiède bouillie, boriquée ou légèrement alcoolisée. Le linge du corps et du lit est changé autant qu'il est nécessaire et les fonctions intestinales sont assurées et favorisées au moyen de lavements d'eau bouillie.

Le 17 mai, dans la soirée, l'enfant, malgré son tube, respire mal. La température se maintient à 39°5. Des accès de toux fréquents provoquent une expectoration muqueuse abondante, mais les fausses membranes du pharynx ne se détachent pas franchement. Je fais une nouvelle injection de 10 cc. de serum.

Le 18 mai à 5 heures du matin, l'enfant ne respire plus, il suffoque, il asphyxie. On vient me chercher, en même temps que l'on se rend chez le Dr Chaillou et nous arrivons ensemble à 6 h. 1/4.

Le tube est enlevé et l'enfant expulse en même temps une grosse fausse membrane. Cette expulsion rend la respiration possible et même l'enfant reste près d'une heure sans tube, mais le tirage se rétablit, l'enfant est repris de suffocation et on doit remettre le tube.

A ce moment je fais une nouvelle et dernière injection de 10 cc. de serum, ce qui fait au total 50 cc. injectés en 36 heures. Le soir, la température tombe à 39°, l'expectoration est abondante, l'enfant sommeille. Il n'y a aucun accident pulmonaire, mais l'albuminurie est abondante.

Les jours suivants, la température diminue progressivement, l'enfant sommeille et expulse à chaque accès de toux d'abondantes mucosités mélangées de débris membraneux.

L'albuminurie diminue et disparaît complètement le 23 mai. Le tube est enlevé le 21, et définitivement supprimé. Le 25 mai, la température est normale, la voix s'éclaircit.

A partir de ce jour, l'enfant va de mieux en mieux, il n'y a aucune complication pulmonaire. Mais il présente un érythème se manifestant par larges plaques qui disparaissent pour faire place à d'autres, et cela jusqu'à la fin du mois de mai.

Au commencement de juin, l'érythème a complètement disparu. Mais l'urine, que j'examinais souvent, redevient albumineuse et cette albuminurie secondaire disparaît au bout d'une dizaine de jours d'une façon définitive.

Le régime lacté absolu est continué jusqu'au 15 juin : à ce moment, l'enfant est alimenté d'une facon plus substantielle, mais cette alimentation est gênée, ainsi que la parole, par une paralysie du voile du palais qui d'ailleurs présente des intermittences, et laisse au petit malade des moments de répit, pendant lesquels il n'éprouve aucun accident. Cette paralysie se complique pendant une dizaine de jours de paraplégie. Enfin tous ces accidents s'amendent assez rapidement et disparaissent complètement à la fin de juin.

L'enfant part à la campagne au commencement de juillet. Il a toujours eu une santé excellente depuis cette époque.

Observation II. — Germaine W..., âgée de 3 ans 1/2, est née le 13 juillet 1893, de parents bien portants, mais c'est une enfant frêle et délicate. A l'âge de 6 mois, elle a eu une fracture de l'humérus causée par une chute. A 1 an, elle a été atteinte de grippe avec pneumonie gauche; à 2 ans, elle a eu une fièvre muqueuse, et à 2 ans 1/2, bronchite. Malgré ces nombreux antécédents morbides, sa santé s'améliorait beaucoup depuis cinq ou six mois.

Le 18 février 1897, l'enfant tousse un peu, elle n'a pas de fièvre. Je ne trouve rien dans la gorge. A l'auscultation, on trouve quelques gros râles muqueux. Bon état général. Voix très claire.

Le 19, à 9 heures du soir, fièvre intense, agitation ; toux rauque depuis midi, engorgement ganglionnaire, exsudat pseudo-membraneux abondant sur les deux amygdales, tirage sus et sous sternal.

A l'auscultation : respiration très obscure, sans râles.

Devant l'évidence des signes cliniques, et sans examen bactériologique préalable, je fais à 11 heures du soir une injection de 10 centimètres cubes de sérum. L'urine examinée avant cette première injection ne contenait pas d'albumine. J'établis en même temps, à partir de ce moment, toutes les conditions accessoires du traitement ; la température de la chambre est maintenue à 16° ou 18° ; l'air est humidifié au moyen de deux bouilleurs, un de chaque côté du lit ; l'aération de la chambre est faite régulièrement. On fait des lavages fréquents de la gorge avec de l'eau bouillie.

Le 20, à 4 heures du matin, la gêne respiratoire augmentant, je fais appel à mon confrère le Dr Chaillou, en vue d'un tubage ; le tirage est intense, la gêne respiratoire très grande ; l'enfant est anxieuse et agitée ; à l'auscultation : respiration très obscure, on entend à peine le murmure vésiculaire ; cependant il n'y a pas d'asphyxie, les lèvres sont encore bien colorées. Le Dr Chaillou est d'avis d'ajourner le tubage ; nous faisons alors une deuxième injection, cette fois de 20 centimètres cubes.

Dans la journée, la température se maintient à 39°7, le tirage persiste, la toux est rauque, la voix complètement éteinte ; l'urine contient des traces d'albumine. Cependant l'enfant n'asphyxie pas, les fausses membranes du pharynx se détachent manifestement; à l'auscultation, on trouve de nombreux râles muqueux dans toute l'étendue de la poitrine.

A 7 heures du soir, la température étant la même, l'état général aussi grave et la gêne respiratoire augmentant, je fais une troisième injection, de 15 c. c.

Vers 11 heures du soir, la température s'est abaissée à 38°9, mais le pouls est à 140 pulsations par minute, la respiration à 40, le tirage augmente, l'enfant est fatiguée et très agitée. Suivant l'avis du Dr Chaillou, c'est le moment critique pour le tubage, c'est l'instant où il semble devenu inévitable. Cependant, la poitrine est remplie de râles muqueux qui semblent indiquer que les membranes se détachent du côté des bronches comme au pharynx, l'enfant n'a pas le facies de l'asphyxie; d'autre part l'examen bactériologique pratiqué dans la journée a permis de constater que les deux tubes ensemencés étaient remplis de colonies confluentes de bacilles de Lœfler, longs et enchevêtrés et associés à un très grand nombre de pneumocoques et de streptocoques. En présence d'un pareil état de choses, nous décidons d'ajourner encore le tubage et nous faisons une injection de 10 c. c. de sérum. C'est la dernière et cela fait au total 55 c. c.

Pour combattre le mauvais état général et l'abattement de l'enfant nous faisons de la révulsion générale au moyen de bains sinapisés toutes les trois heures.

Dans la nuit, il y a un peu d'accalmie, l'enfant sommeille après chaque bain, expectore abondamment, et s'alimente assez bien avec du lait.

Le 21 février la température remonte à 39°5. Mais l'enfant est beaucoup plus calme, la respiration est moins difficile, l'expectoration abondante. Le pharynx ne con-

t plus trace d'exsudat pseudo-membraneux. L'urine tient toujours quelques traces d'albumine.

près une journée relativement satisfaisante, la tempéure, à 7 heures du soir, s'élève à 40°5 : mauvais état éral, anxiété, agitation, grande gêne respiratoire. A scultation : nombreux râles muqueux dans toute endue de la poitrine, mais qui deviennent crépitants s la moitié inférieure du poumon gauche. On trouve me à la base gauche une zone de matité avec souffle.

On continue les bains sinapisés, la température s'abaisse peu dans la nuit, et l'enfant plus calme a des alternces de somnolence et d'agitation.

e 22 février, la température s'abaisse à 38°4 vers midi l'état paraît meilleur malgré la persistance des symmes pulmonaires. Mais dans la soirée la température nonte à 40°4 à 7 heures et à 41° à 10 heures.

A partir de 6 heures l'enfant est très fatiguée et en me temps très agitée, ayant des moments de prostran ressemblant à de petites syncopes, et suivis d'agitan extrême. La toux est très fréquente, la respiration difle. Pouls : 150. Resp. : 50. A l'auscultation : râles is-crépitants et sibilants dans toute l'étendue de la poine. La matité, le souffle persistent à la base gauche. ais je trouve également du souffle et une petite zone de atité au sommet droit.

A dix heures du soir, l'enfant est enveloppée dans un ap mouillé d'eau froide pendant un quart d'heure. On réte cet enveloppement toutes les deux ou trois heures.

Dans la nuit la température s'abaisse, et l'enfant semble oir des moments de sommeil à la suite de chaque enveppement.

Le 23 février la température, qui est descendue à 38°4 à h. du matin, s'abaisse même à 37°5 à 10 heures, mais ur remonter vers le soir, et c'est ainsi pendant les jours ui suivent, du 23 au 28, la température subit des oscillan considérables. Le pouls se maintient à 140, la respiion entre 40 et 50.

Mais si l'on considère la marche de la température, et l'on prend pour chaque jour la température maxima et température minima de la journée, on voit que du 23 28, ces points extrêmes s'abaissent progressivement.

Dates	22	23	24	25	26	27	28
Temp. maxima.....	41°	40°6	40°5	40°5	40°2	39°5	39°1
Temp. minima.....	38°4	37°5	38°	38°5	38°2	37°5	37°2

D'ailleurs les symptômes broncho-pneumoniques s'aendent progressivement. Le souffle de la base gauche isparaît le 24 février, les râles se modifient, ils deviennent lus gros, muqueux, moins nombreux. Le souffle du sombet droit persiste un peu plus longtemps, mais cependant l a complètement disparu le 28 février ; à ce jour la resiration est à peu près pure partout. L'enfant a une expecoration abondante, glaireuse, qui se fait parfois avec un effort de vomissement. Son état général s'améliore comme on état local ; la respiration devient de jour en jour plus acile, la voix reste toujours éteinte, mais la toux est plus laire ; les lèvres sont bien colorées ; l'alimentation se fait ien, et chaque enveloppement dans le drap mouillé est uivi de transpiration abondante, et d'un bon moment de sommeil. Les selles et les mictions sont normales. Les traces d'albumine dans l'urine ont complètement disparu depuis le 23 février.

Le 1er mars, on peut considérer cette période de broncho-pneumonie comme terminée, et, cependant, du 1er au 7 mars, la température continue à rester très élevée, mais pas de la même façon.

Tandis que du 22 au 28, on trouve de très grandes oscillations, du 1er au 7 mars on trouve une courbe à petites oscillations et restant entre 38°5 et 40°, à part deux défervescences un peu plus grandes. Cette dernière période coïncide avec une éruption érythémateuse intense.

Le 1er mars, l'enfant présente une petite plaque ressemblant à une piqure d'insecte ; elle est gaie et s'alimente bien, mais le lendemain elle est maussade, agitée, ne dort pas, la température s'élève, le soir, à 40°, et mon attention ce jour-là, est plutôt attirée du côté de l'intestin, car les selles sont verdâtres, glaireuses, et dans la soirée l'enfant expulse une grosse membrane muco-fibrineuse, ressemblant à une exfoliation intestinale.

Mais le 3 mars, on trouve le matin trois ou quatre plaques d'urticaire sur les fesses, l'éruption augmente, s'étend rapidement et s'accompagne de courbatures et de douleurs dans les membres, sans paralysie.

Le 4 mars, l'éruption est généralisée, puis le 5, elle s'éteint un peu sur le corps, mais envahit la face qui, le 6, est complètement œdématiée. Puis, tout s'efface assez rapidement, et, le 8 mars, l'érythème est absolument terminé.

Les draps mouillés sont continués jusqu'au 4 mars. Depuis le 2 mars, en raison du mauvais aspect des selles, et pour exciter davantage les fonctions de la peau, l'enfant reçoit quatre ou cinq fois par jour un lavement d'eau bouillie.

L'état général s'améliore très rapidement ; l'alimentation, toujours lactée, se fait très bien. Le sommeil est très bon, les transpirations abondantes. La respiration reste facile et très pure à l'auscultation ; la voix s'éclaircit. Il n'y a aucun symptôme de paralysie. Les urines sont normales. L'enfant entre le 7 mars en convalescence ; elle n'a présenté depuis cette époque aucun accident.

Il semble, Messieurs, que tout ait été dit sur le sérum antidiphtéritique et sur son efficacité, et aujourd'hui les opinions semblent absolument fixées sur ce point : pendant que les uns l'acceptent franchement et en reconnaissent le bienfaisant effet, les autres, ne voyant que les dangers d'un pareil traitement, s'opposent à son application. Mais entre ces deux groupes bien déterminés se trouvent un grand nombre de médecins qui, tout en reconnaissant l'efficacité du sérum, ne l'appliquent qu'avec timidité par crainte des nombreux accidents qu'on lui attribue. Pour ces derniers surtout, les deux cas que je viens de vous présenter me semblent appeler quelques réflexions intéressantes.

I. — Il s'agit d'abord de deux cas très graves, et dont la gravité est due à l'âge des sujets, à leur constitution générale, à leurs antécédents morbides. Mais cette gravité est augmentée, et rendue vraiment exceptionnelle, chez Maurice G..., par le retard apporté au traitement, chez Germaine W..., par la rapidité de l'invasion et l'association microbienne, et ce dernier cas doit être considéré comme beaucoup plus grave.

A propos du premier cas, on a dit et répété que le

sérum antidiphtéritique était un produit dangereux, et qu'on ne devait l'administrer qu'avec prudence, et après un examen bactériologique absolument affirmatif sur la présence du bacille. Telle a été en effet ma ligne de conduite, et c'est pour obéir à ce précepte, que, malgré l'apparition et l'aggravation progressive des signes cliniques, j'ai attendu si longtemps. Or l'examen bactériologique nous a donné un résultat négatif. Ce fait, qui se produit quelquefois, ne met nullement en cause la puissance du microscope. Il tient à ce que les cultures ne répondent pas toujours à l'ensemencement, soit que ce dernier ait été fait d'une façon défectueuse, soit qu'il ait été fait à un moment où le pharynx a été balayé par un vomissement, un badigeonnage ou un gargarisme. J'ai bien fait attention à ces détails au moment de l'ensemencement, mais le fait s'est produit néanmoins. Aussi je partage pleinement l'opinion admise aujourd'hui, que les signes cliniques ont autant d'importance, que l'examen batériologique, et qu'en leur présence on doit passer outre, et faire le traitetement sans attendre le résultat des recherches de laboratoire. C'est ce que j'ai fait dans le second cas.

A propos de la seconde observation, on a mis en doute les complications dues aux associations microbiennes. Or j'ai eu l'occasion d'observer, non seulement dans ce cas qui est probant, mais dans d'autres circonstances que les associations microbiennes constituent une véritable complication, une aggravation considérable de la maladie.

Dans le premier cas, nous avions de la diphtérie grave il est vrai, mais pure, sans association : nous n'avons pas eu de complications pulmonaire ou infectieuse. Il n'en fut pas de même dans le second cas; nous avions ici des bacilles nombreux, longs, enchevêtrés; nous avons eu une invasion très rapide, une extension considérable, une grande résistance au traitement. Nous avions également de nombreux pneumocoques associés à des streptocoques en abondance; nous avons eu des accidents grave de broncho-pneumonie et des syptômes d'infection générale.

II. — Un second point à observer dans les deux cas : c'est la dose considérable de sérum administrée à chacun des malades, dose qui peut paraître énorme si l'on considère l'âge des sujets. Combien nous a-t-on rapporté d'observations dans lesquelles les malades sont morts après l'injection de 20 ou 25 cc., et l'on dit de ces cas que l'infection diphtéritique a résisté, et que les malades ont été réfractaires au traitement. Nous n'avons pas la prétention de dire que tous ces cas auraient guéri en injectant plus de sérum, mais nous croyons que bien des malades, réputés réfractaires, guériraient s'ils avaient des doses de sérum plus considérables. Il est vrai qu'on est effrayé par l'énumération des dangers du sérum, et l'on préfère laisser mourir sûrement et inévitablement le malade que d'essayer de le sauver en risquant les dangers du traitement. Or les dangers du sérum sont, à notre avis, beaucoup moins nombreux qu'on ne l'a dit. Dans le deux cas qui nous occupent, il n'y a que deux inconvénients que nous croyions réellement imputables au sérum; c'est l'albuminurie secondaire ou tardive, et l'érythème.

L'albuminurie est une complication qui accompagne en général toute maladie infectieuse, et la diphtérie en particulier est, sinon toujours, du moins dans la plupart des cas, accompagnée d'albuminurie. Cette albuminurie apparaît du 3e au 5e jour, et comme c'est souvent à cette époque qu'on administre le sérum, on en a naturellement conclu qu'elle est causée par le sérum. Mais que l'on traite des diphtéries sans sérum on n'en aura pas moins de l'albuminurie; il ne faut donc pas incriminer le sérum. C'est ainsi que dans le cas de Maurice G... nous avions une albuminurie notable deux jours avant la première injection, et que chez Germaine W..., nous n'en avons eu que deux jours après la première injection, et malgré les doses considérables de sérum, nous n'en avions que des traces. L'albuminurie qui peut être imputable au sérum, c'est l'albuminurie secondaire ou tardive qui apparaît après tout accident, dans la période de convalescence. Celle-là est dangereuse, elle coïncide avec l'élimination des toxines, elle est souvent méconnue parce que, les malades allant mieux, on ne s'en préoccupe pas, on ne fait aucun traitement; et alors ces albuminuries augmentent, s'aggravent, déterminent des accidents néphritiques et occasionnent la mort, que l'on ne manque pas d'attribuer au sérum. Il importe donc d'y parer par des examens fréquents et longtemps continués, et par un régime approprié.

Maurice G... a eu une albuminurie tardive après son érythème, en pleine convalescence, mais elle a cédé à un régime lacté très sévère et à une hygiène très sévérieuse. Germaine W... n'a pas eu d'albuminurie secondaire et nous pensons qu'il n'y en a plus à craindre, mais cependant nous avons encore examiné l'urine très récemment.

La véritable complication du sérum, c'est l'érythème, mais à notre avis, il ne constitue pas un danger; il marque une phase dans la maladie, une phase d'élimination toxique, et nous serions porté à penser que le malade ne peut entrer en convalescence qu'à la condition d'avoir de l'érythème. Nous avons, en effet, dans ces deux cas, constaté le commencement de la convalescence effective après l'érythème, et nous pourrions citer quatre ou cinq cas dans lesquels nous avons appliqué le sérum antidiphtéritique et où les choses se sont passées de la même façon.

On peut nous demander pourquoi nous avons donné de telles doses de sérum, et sur quelles indications nous nous sommes basé pour faire des injections répétées.

La première chose à considérer pour cela, c'est la température. Tant que la température n'a pas de tendance à s'abaisser, on doit, à notre avis, continuer les

ections. En effet, quand le sérum agit, la température baisse soit au bout de quelques heures, soit un peu s tardivement, après une réaction fébrile, puis le lade s'endort en même temps que les membranes t une tendance marquée à se détacher. Telle a été tre ligne de conduite : Maurice G... avait 39°5 au ment de la première injection; la température s'est intenue entre 39°4 et 39°8 jusqu'après la troisième ection, sans augmentation brusque et intense après injections, ni tendance à s'abaisser; elle a commencé diminuer après cette troisième injection. Germine W... avait 39°7 au moment de la première in- tion, elle avait encore 39°7 au moment de la troisième ection : la température a commencé à baisser à ce ment.

Outre la température, il y a bien d'autres circonsnces qui peuvent être des indications à répéter les ections. Chez Maurice G... la quatrième injection a faite douze heures après la troisième; la tempéra- re s'abaissait, mais l'enfant avait eu un accès de ffocation causé par une grosse membrane bouchant tube. Le sérum ayant pour effet de dissocier les mbranes, de les émietter pour ainsi dire, il y avait une indication à faire une injection complémenire, et les 10 cc. injectés à ce moment ont eu pour et d'éliminer rapidement les membranes et de faire aisser la température.

Chez Germaine W..., on avait à éviter le tubage. L'enit respirait très mal, mais n'asphyxiait pas, et on uvait espérer que les doses répétées de serum agiient assez vite pour favoriser l'élimination et éviter pération. C'est pour cette raison que rapidement us fîmes une seconde injection six heures après la emière, et une troisième, douze heures après. La atrième a été faite au moment où la température ait commencé à baisser (38°9); mais le tirage persisit, la toux restait très rauque, il y avait déjà de nomeux râles dans la poitrine ; l'expectoration se faisait al, l'enfant était toujours agitée, et il fallait à tout prix iter le tubage. Cette dernière injection était indiquée ar es ccirconstances, et elle a eu pour effet de favoriser expectoration ; l'enfant, plus calme, commença à mmeiller.

III. — La question du tubage doit ausssi nous arrêter n instant. Je ne m'attarderai pas sur la comparaison u tubage et de la trachéotomie. On préfère aujourd'hui énéralement le tubage qui présente des avantages érieux: ce n'est pas une opération sanglante, c'est ne opération plus simple, moins grave, elle laisse au alade l'usage de la parole dans une certaine mesure.

On a fait souvent observer que le tubage présentait es dangers d'obstruction, et qu'il fallait se tenir en ermanence près du malade pour parer immédiatement ces dangers. Nous répondrons à cela que les dangers ne sont pas tels que l'on doive intervenir immédiatement. Maurice G... a eu une obstruction complète, ce qui est un cas très rare ; il n'y avait auprès de lui que son père et sa mère, puisque le fait s'est passé à 5 h. du matin, et malgré l'obstruction complète, on a eu le temps d'aller nous chercher, le Dr Chaillou et moi, et nous sommes arrivés une heure et quart après le début de l'accident, bien à temps encore pour intervenir. Or, c'est le cas le plus grave qui puisse se présenter.

Mais si le tubage a des avantages sur la trachéotomie, il partage avec elle certains inconvénients : il offre les mêmes dangers, quoiqu'à un degré moindre, pour la broncho-pneumonie; il prédispose certainement à la paralysie des cordes vocales ou à quelques accidents du côté de la glotte. Il faut donc bien en peser les indications et ne le pratiquer qu'en cas d'absolue nécessité. C'est ce qui a eu lieu pour Maurice G... ; le retard apporté à l'application du serum avait permis à la maladie de s'étendre, de s'aggraver, l'enfant asphyxiait, les lèvres étaient violettes; on ne pouvait attendre, il fallait absolument intervenir. Heureusement, le tubage, chez Maurice G..., avait moins d'inconvénients que chez Germaine W..., car nous avions de la diphtérie pure. Mais Germaine W... avait une association microbienne qui rendait le tubage très dangereux, et si le serum n'avait pas agi rapidement, si l'enfant avait eu des symptômes d'asphyxie rendant le tubage nécessaire, elle aurait certainement succombé à la broncho-pneumonie.

IV. — Enfin, considérons, en terminant, la simplicité de la guérison, malgré la gravité des cas. Chez Maurice G..., nous assistons à une période d'invasion, d'infection progressive. Puis, le traitement est appliqué; son action s'exerce dans les quarante-huit heures ; la défervescence s'opère ainsi que l'élimination ; le tube est supprimé, les fonctions se rétablissent ; l'érythème termine la scène sans autres complications, car nous avions ici de la diphtérie pure. Nous avons bien encore quelques accidents tardifs : albuminurie, paralysie, mais ces complications évoluent elles-mêmes d'une façon régulière et disparaissent avec la même régularité. Chez Germaine W..., les trois périodes de la maladie sont bien nettement marquées ; diphtérie du 18 au 22 février ; broncho-pneumonie du 22 au 28 février ; infection générale et érythème du 1er au 7 mars ; et, dans ces trois périodes, tout se passe régulièrement : les accidents apparaissent et disparaissent comme si tout était réglé d'avance. Je me borne à constater cette simplicité dans la marche et la guérison de la maladie sans chercher à l'expliquer. Mais je voudrais, en terminant, Messieurs, vous dire quelle importance j'attribue à toutes les conditions accessoires du traitement.

Le traitement de la diphtérie par le sérum ne s'arrête pas, à mon avis, à l'injection. Il faut maintenir le malade sous une surveillance constante, observer de près tous les accidents, toutes les complications qui peuvent se produire. Il faut favoriser toutes les fonctions de l'économie : l'expectoration, le fonctionnement de la peau, l'alimentation qui doit être essentiellement

lactée, les fonctions intestinale et vésicale. Pour cela, l'humidité de l'air, les lavages de la gorge, les lavements, la révulsion générale sont nécessaires. Il faut également surveiller l'hygiène de la pièce, du lit et du malade. En un mot, il est indispensable de faire tout ce qui doit assurer l'antisepsie et l'asepsie du malade et de tout ce qui le touche et l'entoure.

BIBLIOGRAPHIE

Aide-mémoire d'hygiène, pour la préparation du quatrième examen, par le prof. Paul LEFERT. 4e édition entièrement refondue.

On sait que ces petits manuels bien connus des étudiants ont pour but de donner le moyen d'acquérir rapidement des notions très suffisantes sur les matières d'un examen et de faciliter d'une façon commode la revision d'une question. L'*Aide-mémoire d'hygiène* reste fidèle à la tradition de ses aînés. Nous n'entrerons pas dans les détails des différents chapitres : c'est toute l'hygiène ou plutôt toutes les questions d'hygiène qui sont passées en revue d'une façon méthodique, par chapitres et paragraphes, de manière à ce que le lecteur puisse trouver immédiatement ce qu'il lui faut apprendre ou revoir. C'est dire qu'il ne faut pas aller chercher dans cet aide-mémoire des détails techniques ou théoriques trop minutieux sur telle ou telle question, c'est affaire aux traités plus volumineux de renseigner sur des points sur lesquels on désire des développements complets. Mais comme il est présenté, ce manuel répondra parfaitement à la pensée de l'auteur de donner un résumé dans toutes les matières de l'hygiène, d'autant plus que les points les plus récents de cette branche de la médecine n'ont pas été négligés.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Arthritisme et urée, par M. le Dr P. CARLES. — Des expériences physiologiques récentes ont établi que l'urée prise en dissolution dans l'eau avait une action fortement diurétique, et des expériences chimiques, faites parallèlement, ont démontré que cette même urée favorisait notablement la dissolution de l'acide urique dans l'eau, en formant un urate d'urée fort soluble. Cette circonstance explique les erreurs de dosage qui se produisent dans certaines méthodes de séparation de l'acide urique urinaire.

La connaissance de ces faits a poussé les thérapeutistes à prescrire l'urée artificielle, non seulement comme diurétique, mais aussi comme lithontriptique, à la dose progressive de 10 grammes à 25 grammes par jour, et, selon les cas, soit pure, soit mélangée à autant de craie lavée et de bicarbonate de soude. Le lait couv assez bien la saveur de l'urée donnée pure ; à l'état mélange, la forme de cachet est plus commode, malg la légère hygroscopicité de l'urée. Cette tolérance l'urée montre bien que dans l'auto-intoxication urémiques la cause du mal réside beaucoup plus da la non-élimination des leucomaïnes que dans celle l'urée. Son administration, qui doit être continu pendant quinze à vingt jours, ne paraît avoir de cont indication que dans les cas de cirrhose du foie alc lique, ou quand il y a des lésions rénales nettes, susce tibles d'empêcher l'élimination de l'urée.

Ces résultats nous rappellent que, dans notre e fance, un vieil arthritique prétendait que, sur l'a d'un médicastre, assurément observateur perspica il s'était absolument guéri en absorbant tous les mati l'urine qu'il avait excrétée pendant la nuit. Plusie fois nous lui avons entendu affirmer qu'il n'av jamais souffert, tant qu'il était resté fidèle à cette mé cation. La science permet d'expliquer aujourd'h autrement que par la suggestion, l'efficacité de traitement malpropre et nauséeux ; et sa bizarre seule autorisait les rires et les lazzis dont nous avo été témoin jadis. Avec l'urée seule, l'urée pure, est une sorte de cyanate d'ammoniaque, c'est-à-dire produit chimique étranger à l'urine, que l'on obti par calcination du ferrocyanure de potassium et déco position du produit par le sulfate d'ammoniaque et ressemble à du nitrate de potasse, toute répugnan disparaît ; on n'absorbe plus de l'acide urique q s'agit d'éliminer et enfin on évite l'ingestion des le comaïnes et autres produits d'usure similaires, t très toxiques, qui s'accumulent dans l'urine, médic ment resté toujours cher aux rebouteurs.

(*Gaz. des soc. méd. de Bordeaux.*)

Troubles trophiques de l'œil après section grand sympathique au cou. — M. DOYON a p senté à la *Société des sciences médicales de Lyon*, da sa séance du 30 juin, un lapin à qui il avait pratiq la section du nerf grand sympathique au cou. Ce section fut suivie de lésions de la paupière et d'une taracte de l'œil du même côté. Les troubles trophiqu observés consécutivement à la section du sympathiq sont rares et de nature variée. M. le prof. Morat a déjà vu se produire chez le chien, dans ces condition des lésions de la muqueuse buccale.

L'intérêt de cette présentation réside dans l'obse vation d'un nouveau fait de troubles trophiques co sécutifs à la section de nerfs centrifuges. On adm généralement que ces troubles trophiques résulte d'altérations des nerfs de la sensibilité, tandis q pour M. Morat, ce sont les lésions des nerfs centrifug qui les déterminent. Les troubles trophiques qu' observe après la section des racines postérieures se bleraient venir à l'encontre de cette manière de voi mais M. Morat n'a-t-il pas démontré que ces racin

ntiennent, outre les fibres centripètes, un certain ombre de fibres centrifuges.

Cliniquement, les troubles trophiques de l'œil ont é attribués à des altérations du trijumeau et du and sympathique. Cette distinction n'a, d'ailleurs, as grande importance pathogénique ; le trijumeau ne ntient il pas de nombreux filets sympathiques pro- nant en partie du sympathique cervical, en partie du onc même du trijumeau et traversant le ganglion de assier (J. NICOLAS, de Lyon), *in Bull. méd.*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet 1897. — Présidence de M. CAVENTOU.

La CORRESPONDANCE comprend un pli cacheté sur le glau- ome adressé par M. le Dr Alb. Terson.

Mort de M. Debrou. — M. le président annonce la mort e M. Debrou, d'Orléans, correspondant de l'Académie e division).

M. le président annonce que, dans la prochaine séance, Académie se formera en comité secret pour entendre le apport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de corres- ondant étranger.

Gastrectomie pour cancer de l'estomac. — M. PÉAN. epuis l'époque déjà lointaine, où je proposai le premier e traiter chirurgicalement le cancer de l'estomac, le ma- uel opératoire que je préconisai, longtemps rejeté en rance, alors qu'à l'étranger il était presque partout appli- ué, a été depuis adopté sauf de légères modifications, par a plupart de nos collègues. On peut dire qu'il compte ujourd'hui des partisans de plus en plus nombreux; on a u du reste s'en convaincre par la discussion qui a eu lieu écemment dans cette même enceinte, discussion à laquelle nt pris part plusieurs des membres les plus éminents de ette Académie, entr'autres MM. Hayem et Albert Robin.

S'il en était encore parmi vous qui n'aient pas leur con- iction faite, j'ai espoir que l'observation que je vais vous oumettre, entrainera les derniers hésitants.

La malade qui en fait le sujet, est âgée de 56 ans. Elle me ut adressée, il y a six mois, par un de nos plus distingués hirurgiens, le Dr Témoin (de Bourges). Lorsqu'elle entra lans mon service à l'Hôpital International, elle avait l'aspect achectique des cancéreux, la teinte jaune paille des tégu- uments, le ventre déprimé en bateau, et une maigreur elle que la peau semblait collée sur le squelette. Il y avait rois ans qu'elle avait des vomissements après les repas, antôt aqueux, tantôt liquoreux. Depuis deux mois, des ématemèses étaient survenues, et elles se répétaient immédiatement après chaque repas. Elle en était venue à ne plus pouvoir garder même les lavements nutritifs qu'on lui administrait pour lutter contre un affaiblissement de plus en plus menaçant pour l'existence. Quand nous l'avons examinée, dès son entrée dans nos salles, nous avons senti à l'épigastre, sur la ligne médiane, une tumeur qui nous parut complètement masquée par le foie. Il semblait que dans ces conditions l'opération fut impraticable et ce n'est que sur les instances de la malade, dont les souffrances étaient devenues intolérables, que je me décidai à la tenter. Je procédai de la façon suivante :

J'ouvris sur la ligne médiane de l'ombilic à l'appendice xiyhoïde, la paroi abdominale qui était très amincie. Je vis au-dessous du foie abaissé et en arrière de l'épiploon adhérent une tumeur qui était manifestement formée par le pylore et la moitié correspondante de l'estomac. Je l'attirai au dehors; je constatai qu'elle occupait les faces et les bords de cet organe. Je plaçai des pinces à mors longs, recouverts de caoutchouc à 6 centimètres au-delà de la partie malade sur la grosse tubérosité de l'estomac, à 5 centimètres au-delà sur le duodénum. J'excisai ces organes en ayant soin de conserver l'épiploon. J'enlevai en même temps sept ganglions dégénérés situés à 6 centimètres au-dessous de la grande courbure stomacale, dans l'épaisseur de l'épiploon et je pincai les vaisseaux saignants. Je fermai ensuite avec des surjets de soie fine les 5/6 inférieurs de la plaie stomacale, en allant de bas en haut et en comprenant successivement par étages, la muqueuse puis la musculo-séreuse.

Arrivé au sixième supérieur de la plaie, j'introduisis, dans la partie restée béante, la branche mâle d'un bouton de Murphy, dont la branche femelle fut placée dans le duodénum. Mais ce bouton étant trop petit, j'éprouvai une certaine difficulté à froncer les lèvres de l'estomac et du duodénum pour comprendre ces organes dans le bouton de Murphy; je me décidai, en conséquence à le remplacer par un autre bouton, un peu plus gros. Cette circonstance ne laissa pas que de prolonger, pendant quelques minutes au moins, l'opération. Le bouton une fois introduit, je mis autour de lui un troisième étage de suture en surjet comprenant à la fois la muqueuse et la musculo-séreuse, puis je recouvris le reste de la plaie avec l'épiploon qui avait été incisé et sur lequel j'avais appliqué une ligature ; je l'y fixai par suture ; du même coup l'hiatus de Winslow qui avait été ouvert fut fermé.

Je pris, en outre, la précaution d'adosser le feuillet épiploïdique au péritoine pariétal sur toute la longueur de la plaie stomacale.

Je lavai ensuite la plaie abdominale avec de l'eau phéniquée forte, et je la fermai, enfin, à étages, avec des surjets de catgut et un fil de soie de renfort.

Les suites furent, comme à l'ordinaire, des plus favorables :

1er *jour* : Pouls filiforme, comme, du reste, avant l'opération. T. = 36 et P. = 76. Nous faisons une injection de 250 grammes de sérum. Lavements nutritifs; injection de morphine pour calmer les douleurs.

2e *jour* : Champagne ; lavements nutritifs. Le soir, piqure de morphine : le matin. T. = 36,8 et P. = 90.

3e *jour* : Lait ; eau de Vichy : lavements nutritifs et opiacés. Le soir, T. = 37,2 et P. = 70 : le matin, T. = 37 et P. = 84.

4e *jour* : Alimentation carnée. La malade commence à engraisser. Le 22e jour elle marche et le 27e jour elle rend spontanément le bouton par l'anus.

On a pu voir que j'avais suivi la technique, que j'avais eu maintes fois l'occasion de préciser ; que j'ai fait une ablation très large des tissus morbides. J'ai, toutefois, apporté une modification à mon procédé habituel ; au lieu d'aboucher par suture, une portion des lèvres de l'estomac à celles du duodénum, j'ai fait l'abouchement par l'intermédiaire d'un bouton de Murphy avant de fermer le reste

de la plaie par des étages de suture à la soie fine, comprenant successivement, la muco-muqueuse, la musculo-séreuse et la séro-séreuse.

J'ai pris également soin, comme je l'ai toujours recommandé toutes les fois qu'il s'agit de fermer une plaie intestinale après avoir recouvert les lignes de suture avec l'épiploon du voisinage, de fixer celui-ci au péritoine pariétal à l'aide d'un troisième étage de suture.

Quant au résultat définitif, il m'a paru assez remarquable pour mériter de retenir quelques instants l'attention de l'Académie. Non seulement il n'y eut aucune réaction fébrile, aucune souffrance à la suite de l'opération, mais encore, dès la première semaine, la malade reprit de l'appétit, de l'embonpoint, des forces, si bien qu'aujourd'hui, ainsi que vous pourrez le constater, elle a augmenté de 25 kilos, fait avec plaisir jusqu'à six repas par jour, digère tous les aliments avec la plus grande facilité et a repris ses occupations habituelles sans en éprouver de la fatigue, bien qu'au cours de l'opération, j'aie dû sacrifier les 2/3 de l'estomac dégénéré, et ne laisser qu'une portion minime de la grosse tubérosité.

Les résultats de cette opération sont une preuve de cette opinion que nous avons toujours défendue ; qu'il est préférable toutes les fois qu'il est nécessaire d'aboucher une grande portion de l'estomac ou même que l'on fait une simple gastro-entérostomie, d'exciser directement l'estomac avec la première ou avec la seconde portion du duodénum, soit au moyen de la suture, soit au moyen du bouton de Murphy, plutôt que d'anastomaser l'estomac avec la première portion du jejumum, ce qui est contraire aux lois de la physiologie et ce qui entraîne, par suite, des difficultés opératoires sur lesquelles les chirurgiens de notre temps ont, à notre avis, avec juste raison, insisté.

Abcès du foie développé six ans après une dysenterie des pays chauds, ouvert par vomique. Guérison par l'incision trans-diaphragmatique du foyer. — M. Paul Berger. Le sujet de cette observation avait contracté la dysentérie au Tonkin, il y a six ans, et présenté à ce moment un point de congestion hépatique qui avait cédé à l'application d'un vésicatoire : rapatrié au bout de six mois, il avait encore souffert de la dysentérie trois ans en France ; depuis trois ans il se croyait guéri.

A la suite d'une grippe contractée en décembre 1896, il fut repris d'une douleur vive dans la région hépatique, puis d'une voussure manifeste de l'hypochondre ; en même temps il y avait perte de l'appétit, amaigrissement, mais pas de fièvre. La matité du foie remontait jusqu'à la troisième côte : son bord inférieur ne débordait le rebord costal qu'à la région épigastrique.

Le diagnostic porté par M. Berger et M. le Dr Duflocq fut celui d'abcès du foie, et on se disposait à l'ouvrir quand apparurent, le 9 mars, une douleur vive dans l'épaule, le 10 de la fièvre et quelques crachats sanguinolents, et dans la nuit du 10 au 11, l'abcès s'ouvrait par vomique. L'évacuation d'une assez grande quantité de pus rouge brique continua les jours suivants et le malade s'affaiblissant sans cesse, M. Berger procéda à l'ouverture directe du foyer. Guidé par les signes fournis par l'auscultation et par la voussure, il réséqua 10 centimètres des 7e et 8e côtes, traversa le 7e espace intercostal, le diaphragme et pénétra dans un vaste foyer intra-hépatique qui fut drainé et tamponné. Aussitôt l'expectoration purulente tarit, la cavité se comba peu à peu, et un mois et demi après le malade éta complètement guéri et en excellent état de santé.

M. Berger insiste :

1° Sur le long intervalle qui s'est écoulé entre la dysen térie compliquée d'une première poussée d'hépatite et l formation de l'abcès (6 ans) : il lui paraît probable que l grippe contractée en dernier lieu a eu une action déterm nante sur la formation de ce dernier en stimulant la viru lence des germes pathogènes laissés dans le foie par l première atteinte d'hépatite.

2° Sur l'absence de signes de certitude indiquant la pr sence de l'abcès ; la voussure de l'hypocondre étant le se caractère sur lequel put être fondé le diagnostic. Cet observation montre d'autre part avec quelle rapidité pe évoluer l'abcès vers l'ouverture spontanée par vomique celle-ci s'est produite ici 36 heures après l'apparition d premiers symptômes (douleur de l'épaule, fièvre) pouva faire prévoir cette terminaison.

3° Enfin ce fait prouve que la vomique n'est pas u terminaison favorable ; qu'elle n'est pas suivie dans certai cas au moins de retrait et d'oblitération du foyer intr hépatique.

La seule conduite à suivre en présence d'un abcès d foie est d'en pratiquer l'incision large, et quand l'abc siège dans les régions postéro-supérieures, la résectio costale et l'incision du diaphragme permettent de l'attei dre sans beaucoup de difficulté. Cette incision doit êt guidée par l'interprétation des signes fournis par l'auscu tation et par une ponction aspiratoire préalable.

M. Rendu. J'ai vu il y a deux ans un cas calqué sur cel de M. Berger. Il s'agit d'un homme qui avait eu la dyse térie une dizaine d'années auparavant. Il y a deux an après un bain froid, il commence à avoir de la doule dans l'épaule et dans le foie ; il put cependant faire s service militaire jusqu'au mois de janvier ; je trouvais alo au niveau du foie une saillie énorme sans fièvre. Une pon tion exploratrice donna du pus ; l'abcès fut ouvert et le p fut trouvé stérile.

Influence des rayons X sur la marche de la tube culose. — M. Gabiel lit un rapport sur un travail MM. Bergonié et Roux (de Bordeaux). Ce travail se term nait par les conclusions suivantes :

Les rayons X ne possèdent probablement pas d'acti spécifique contre le bacille de la tuberculose, l'examen d crachats des malades a montré que tout au moins la mo phologie du bacille de Koch n'était pas modifiée. Si l'am lioration obtenue chez deux malades est bien due a rayons X, il faut admettre que c'est grâce à l'action de c rayons non sur le bacille de Koch, mais sur le poumo Ces rayons sont capables de modifier la trophicité des él ments anatomiques : pour la peau il n'y a pas de doute po sible et on ne voit pas pourquoi ils n'agiraient pas sur l poumons comme ils agissent sur le tégument extérieur. faut admettre qu'il se produit sous l'influence de ces rayo une organisation meilleure du parenchyme pulmonai pour la lutte contre le bacille de Koch peut être même u action phagocytaire plus intense.

La peste à Bombay. — M. Roux présente le comp rendu des travaux entrepris à Bombay par la missi scientifique russe. Ces savants ont commencé par étab un laboratoire de bactériologie au consulat de France. l'autopsie de 24 pestiférés ils ont trouvé soit des bubon

oit de la pneumonie pesteuse; le bubon primitif est ormé par l'agglomération de plusieurs ganglions; il es lus riche en bacilles que les autres ganglions tuméfiés. ans les autres ganglions les bacilles pesteux ne sont pas lus nombreux que dans la rate et dans le sang.

Dans le cas de pneumonie pesteuse, il n'y a pas de bu- ón apparent, mais à l'ouverture du thorax on trouve des ésions en foyer, dans lesquelles le microbe de la peste est rès abondant.

La muqueuse des bronches est congestionnée et recou- erte d'un exsudat grisâtre riche en bacilles pesteux.

Dans l'estomac et dans l'intestin il y a des hémorrhagies onctiformes qui sont toujours des lésions secondaires. Ce ont des phénomènes toxiques de la peste avancée.

Ainsi à Bombay il y a deux formes de la peste, la pneu- nonie pesteuse et la peste à bubons.

Le singe prend la peste avec une facilité considérable : il eut-être intoxiqué par la moindre éraillure de la peau et hez lui la pneumonie pesteuse est toujours mortelle. Le inge ne prend cependant pas la peste par le tube digestif; l paraît donc erroné que l'homme puisse prendre la peste ar le tube digestif.

Les auteurs ont étudié les effets du sérum de Yersin sur es singes. Avec 10 centimètres cubes de sérum le singe st immunisé contre la peste, mais cette immunisation ne dure que douze à quatorze jours.

A 4 heures 40 minutes, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juillet 1897. — Présidence de M. Debove.

De l'anesthésie dans la lèpre. — M. Jeanselme. Les deux traits caractéristiques de la lèpre sont des poussées éruptives d'aspect varié et des modifications multiples de la sensibilité. C'est l'étude de cette sensibilité que j'ai pu faire sur 25 lépreux hospitalisés dans les différents services de Saint-Louis et dont j'apporte les résultats :

1° La répartition de l'anesthésie dans la lèpre est manifestement symétrique. De plus, elle est ordinairement répartie d'une manière à peu près égale sur les quatre extrémités. Souvent même l'anesthésie des membres inférieurs est plus étendue et plus précoce que celle des membres supérieurs.

Au contraire, dans la syringomyélite, l'anesthésie souvent asymétrique prédomine en général aux membres supérieurs et peut même y siéger exclusivement;

2° L'anesthésie débute au niveau de l'extrémité libre des membres et remonte graduellement vers leur racine. Presque complète à la main et au pied, elle est seulement esquissée au bras et à la cuisse ;

3° L'anesthésie des parties profondes est, en général, moindre et plus tendue que celle des parties superficielles. A mesure qu'elle progresse, elle descend de plus en plus profondément dans la peau ;

4° D'abord rubanée, l'anesthésie tend à prendre dans la suite le type segmentaire.

Au membre supérieur, elle occupe d'abord le petit doigt, le bord cubital de la main et dessine, à la partie postéro-interne de l'avant-bras, une longue bande qui remonte à une auteur variable, souvent jusqu'au coude, parfois jusqu'à l'aisselle, dont la sensibilité reste toujours intacte.

Au membre inférieur, l'anesthésie frappe en premier lieu le gros orteil et le bord interne du pied, quelquefois son bord externe.

Une longue bande d'anesthésie, commençant au bas de la jambe s'élève plus ou moins haut, jusqu'au genou, le milieu de la cuisse ou même la région trochantérienne où elle s'étale en raquette. Tôt ou tard, la bande primitive d'insensibilité s'élargit, entoure le membre ;

5° Cette anesthésie segmentaire de la lèpre diffère par des caractères essentiels de l'anesthésie segmentaire de la syringomyélie : on peut, en effet, toujours se convaincre qu'au début elle a eu cette forme rubanée ;

6° L'anesthésie n'occupe pas la zone de distribution périphérique d'un tronc nerveux, la disposition rubanée semble commandée par une altération des racines postérieures de la moelle ;

7° L'anesthésie de la face et du tissu, sans être rare dans la lèpre, est moins fréquente qu'aux membres ;

8° Au début, tous les modes de la sensibilité ne sont pas simultanément abolis ; la thermo-analgésie l'emporte ordinairement de beaucoup sur l'anesthésie tactile. Un corps chaud ou froid étant maintenu sur des régions peu sensibles, le malade accuse tout d'abord la sensation de contact, puis, après 5 à 8 secondes, il perçoit la sensation thermique affaiblie ;

9° Les perversions sensitives et les erreurs de localisation ne sont pas rares dans la lèpre ;

10° L'anesthésie n'est pas circonscrite dans des limites invariables. Elle comprend deux zônes, l'une fixe qui correspond aux régions les premières et les plus profondément atteintes dans leur sensibilité, l'autre mobile, au niveau de laquelle la sensibilité est seulement frappée de stupeur et non pas éteinte.

Donc la lèpre et la syringomyélie qui présentent de nombreux points de ressemblance se distinguent, en ce qui concerne les troubles sensitifs, par des caractères importants que je résume ainsi :

1° L'anesthésie de la lèpre est toujours symétrique, d'abord rubanée, segmentaire dans la suite, imparfaitement dissociée et d'intensité graduellement décroissante en allant de la superficie de la peau vers la profondeur et de l'extrémité libre des membres vers leur racine ;

2° L'anesthésie de la syringomyélie est souvent asymétrique, toujours segmentaire d'emblée, en général parfaitement dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus et sous-jacentes.

Sténose pylorique et dilatation de l'estomac. Application de la gastro-diaphanie au diagnostic. — M. A. Chauffard. Dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Hayem a décrit les signes et l'évolution des sténoses pyloriques et sous-pyloriques ainsi que les caractères cliniques permettant de les différencier. Le malade que je présente aujourd'hui me paraît instructif à cet égard, et je crois qu'on peut chez lui, à cause des symptômes fonctionnels, des signes physiques et des résultats fournis par l'examen du suc gastrique, établir le diagnostic suivant : sténose pylorique d'origine inconnue ; estomac extrêmement dilaté, avec fermentations secondaires, gastro-succorrhée modérée, peu de réaction hyperacide et douloureuse.

D'après les signes différentiels donnés par M. Hayem

pour reconnaître une sténose pylorique d'une sténose sous-pylorique, notre cas doit rentrer dans les cas de sténose pylorique; le traitement chirurgical me paraît s'imposer.

Pour mieux préciser la situation, la forme, la capacité de l'estomac, l'état de ses parois, j'ai voulu recourir à un procédé très ingénieux d'éclairage électrique de l'estomac par transparence. Une lampe électrique minuscule est descendue dans l'estomac, puis allumée, cette expérience étant faite dans une chambre noire. La lampe éclaire tout l'estomac qui apparaît lumineux et se dessine en rouge clair derrière la paroi abdominale. Chez notre malade il nous a été facile de constater à la fois la vaste dilatation et l'abaissement de l'estomac, dont la grande courbure est au contact du pubis et des arcades crurales; les orifices cardiaques et pylorique sont en situation normale, la petite courbure se dessine au-dessus de l'ombilic.

Ce procédé me paraît supérieur à la percussion après absorption de substances effervescentes; il peut donner des renseignements sur l'existence d'une tumeur, l'état des parois : il paraît même préférable à la radiographie.

M. Debove. Le diagnostic porté par M. Chauffard chez son malade me semble indiscutable, mais je voudrais apporter quelques réserves sur la valeur de la gastro-diaphanie. Je ne crois pas que ce procédé puisse donner des résultats supérieurs à la phonendoscopie après dilatation gazeuse de l'estomac; je ne crois pas non plus qu'on puisse de cette façon différencier les obstacles cancéreux des autres.

Je crois, avec M. Chauffard, que la gastro-entérostomie est le seul traitement rationnel de ces états morbides, mais c'est sans enthousiasme que je la conseille dans les cas semblables; car les statistiques publiées jusqu'à ce jour sont loin d'être encourageantes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 juillet 1897.

Erythrodermie desquamative au cours du traitement du psoriasis par l'acide cacodylique. — MM. Balzer et Griffon présentent deux malades qui, au cours du traitement du psoriasis par le cacodylate de soude à haute dose, ont présenté un érythème généralisé suivi de desquamation de l'épiderme par larges lambeaux.

L'un est un vieillard psoriasique invétéré, qui arriva graduellement à 50 centigrammes d'acide cacodylique par jour. On le trouva un matin dans un état de grave prostration, fièvre, anorexie, oligurie avec une tuméfaction rouge de toute la surface du corps. Les jours suivants, après cessation du traitement, l'état général s'améliora et l'épiderme tomba par grandes plaques épaisses.

L'autre malade, plus jeune, mais atteint d'un psoriasis extrêmement susceptible vis-à-vis des divers agents thérapeutiques, irrité et rouge dès qu'on prolongeait l'application d'un agent local même peu actif, a été envahi par une éruption de grandes papules rouges confluentes en placards, généralisées, mais plus apparentes aux mains, aux pieds et au front, sans qu'on ait dépassé la dose de 50 centigrammes. La desquamation en larges lambeaux, que l'on constate encore aujourd'hui, rappelle celle de la scarlatine.

La tolérance de l'acide cacodylique à forte dose n'est donc pas aussi générale que l'a cru M. Danlos; ce médicament peut causer, chez les malades prédisposés, des accidents semblables à ceux qu'occasionnent les autres préparations essentielles.

M. Danlos fait remarquer que l'acide cacodylique employé par M Balzer n'est pas de même provenance que celui dont il se sert et qui vient de Görlitz (Silésie). Le premier n'a pas la même couleur, ni le même goût que le second. Peut-être est-ce là la cause de la différence dans les résultats obtenus par chacun de nous.

Ulcération phagédénique avec éléphantiasis du pied, chez une tuberculeuse; amélioration rapide par le calomel en injection intra-musculaire fessière. — MM. Gaston et Dominici présentent une malade dont la face dorsale du pied gauche d'aspect éléphantiasique est ulcérée dans toute son étendue. Cette ulcération a débuté, il y a trois ans, sans grandes douleurs et a envahi progressivement toute la face dorsale du pied. La surface est actuellement recouverte de bourgeons charnus, et a l'aspect d'un ulcère variqueux en voie de réparation. Ses bords ne sont pas décollés, il n'y a pas d'anfractuosités, ni d'altérations profondes, sauf une ankylose incomplète de l'articulation tibio-tarsienne.

La malade a de la tuberculose au sommet droit avec bacilles de Koch dans les crachats, des cicatrices multiples d'adénites cervicales datant de l'enfance; aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

Histologiquement la lésion est formée d'un tissu de bourgeons charnus et ce n'est qu'à la suite de recherches patientes que l'on découvre quelques cellules géantes autour des vaisseaux et dans la profondeur. Mais ces cellules géantes semblent étouffées, réduites par l'infiltration cellulaire intense qui les environne. Il n'y a point de bacilles de Koch. La structure histologique ne rappelle en rien la syphilis.

M. le professeur Fournier soumet la malade aux injections de calomel; sous l'influence d'une seule injection de 0,05 centigrammes, il se produit une amélioration soudaine : l'éléphantiasis disparaît et l'ulcération se répare activement.

Il y a donc lieu, ainsi que l'a montré M. le professeur Fournier, d'attendre une action efficace du calomel en injection, sur des lésions non syphilitiques et de l'essayer en pareil cas.

Nous ferons remarquer également ici une particularité histologique intéressante : la difficulté qu'éprouve le tubercule à se développer dans un tissu où existe une prolifération cellulaire abondante. Là est peut-être le secret de l'action du calomel provocateur actif de multiplication cellulaire sur les ulcérations non tuberculeuses.

Chancres syphilitiques multiples de la face. — MM. Fournier et Lesné présentent un malade qui porte sur la face quatre chancres indurés avec adénopathie sous-maxillaire plus marquée à droite. L'un des chancres, le premier en date, s'est développé sur la lèvre inférieure vers le 15 juin. Les trois autres qui ont apparu secondairement siègent l'un sur la lèvre supérieure, les deux autres sur le menton. Chacune des ulcérations a tous les caractères du chancre induré. Enfin depuis deux jours, il y a sur le thorax une ébauche de roséole. Le mode de contagion n'a pu être déterminé.

M. Besnier fait remarquer la brièveté de la seconde incubation dans ce cas, car elle a été à peine de trois semaines.

M. Fournier fait observer que la seconde incubation de la syphilis qui est de 45 jours environ et peut aller jusqu'à 5 jours, a quelquefois une durée très courte, 15 jours et même 12 jours. Quant à l'apparition des chancres successifs, l'intervalle de temps est tout au plus de 8, 10, 12 jours, exceptionnellement de 25 jours. Quelquefois ces prétendues chancres successifs ne sont que des *lymphangites nodulaires érosives*.

MM. Mauriac et Morel Lavallée font remarquer que la durée du chancre syphilitique est très variable ; elle peut-être de 15 à 20 jours, plusieurs mois, comme elle peut être de 2 jours seulement.

Sur un cas probable de mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes, vérification histologique. — MM. E. Besnier et H. Hallopeau. Il résulte de ce travail que le mycosis peut se présenter sous l'aspect de vastes surfaces excoriées et saillantes offrant tous les caractères objectifs de l'eczéma végétant, une biopsie est alors nécessaire pour porter un diagnostic ferme.

Dans le cas présent, elle a été pratiquée par M. Leredde, elle a permis de constater la présence de mastzellen mêlées à des cellules fixes en multiplication évidente et d'un réticulum, lésions qui appartiennent au mycosis ; au point de vue clinique, ce fait montre encore que le mycosis peut aussi revêtir l'aspect sycosiforme et qu'il peut aussi être représenté par des nodules intra-dermiques disposés en circonférences qui circonscrivent des cercles au niveau desquels la peau paraît rester saine, leur présence et la tuméfaction de nævi préexistant peuvent aider au diagnostic.

Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides. — MM. H. Hallopeau et J. Laffitte. Les auteurs montrent qu'à côté des folliclis, du lichen scrofulosorum, des acnés cachectiques, des folliculites isolées ou en placards, il y a lieu de distinguer une éruption de même nature qui caractérise ces saillies papulo-tuberculeuses disposées en groupes dont le diamètre atteint plusieurs centimètres, elle se distingue de l'érythème papuleux par sa persistance et la situation plus profonde des éléments ; elle diffère des tuberculides décrites jusqu'ici par l'absence de suppuration : cette variété est signalée pour la première fois, la malade présentée est simultanément atteinte de folliclis, d'adénopathies très probablement tuberculeuses et d'une pleurésie ancienne probablement de même nature ; il en est vraisemblablement de même d'une éruption acnéiforme du visage survenue simultanément avec l'éruption papulo-érythémateuse.

Urticaire chronique à répétition. — MM. Balzer et Griffon montrent le moulage d'une éruption observée chez un malade à différentes reprises, difficile à cataloguer par le simple examen. L'évolution a montré qu'il s'agissait d'une urticaire chronique à poussées successives, affection qu'on ne pouvait que soupçonner lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

Certains éléments durs, circonscrits, rouges ou même purpuriques firent penser à une éruption toxinique, et particulièrement à une éruption due à la toxine tuberculeuse, à ce qu'on a appelée tuberculide.

Une poussée franchement ortiée, apparue un jour, mit fin aux hésitations.

Examen radioscopique du cartilage diaphyso-épiphysaire chez les hérédo-syphilitiques. — MM. Fournier et Sprenjer montrent des épreuves photographiques qui indiquent que chez les hérédo-syphilitiques le cartilage s'incruste de bonne heure, devient opaque. C'est pour cette raison qu'on observe souvent le nanisme dans l'hérédo-syphilis.

Nœvus traité par l'électrolyse. — Le Dr L. Brocq présente un malade porteur d'un nœvus vasculaire plan de la tempe droite. Il l'a fait opérer dans son service par ses élèves au moyen de l'électrolyse négative. Toute la surface de la lésion a été criblée de piqûres électrolytiques obtenues en reliant une fine aiguille en platine iridié au pôle négatif de la pile et en faisant passer chaque fois pendant 8 à 12 secondes un courant de 2 à 3 milliampères d'intensité. Dans une même séance les piqûres doivent être assez distantes les unes des autres pour que les zones de destruction ne deviennent pas tangentes. Le résultat obtenu est excellent ; et l'auteur se demande si l'électrolyse négative ne doit pas être préférée à l'électrolyse primitive pour le traitement des nœvi vasculaires plans : il est entendu que pour les nœvi vasculaires turgescents il faut toujours employer le pôle positif.

Pyodermite eczématiforme. — M. Gastou. La malade est atteinte d'une érythrodermie qui se manifeste actuellement en dehors de la rougeur violacée de la peau par la présence de fines squames, un épaississement considérable du tégument, des adénopathies multiples, l'intégrité des régions pilaires et des ongles.

L'éruption est à peu près généralisée à tout le tégument, elle n'a plus son caractère primitif. Au début, le corps était couvert de pustules analogues à celles que l'on rencontre dans le syocsis. Il existait des abcès mutiples aux seins, aux aisselles, un suintement abondant, peu de prurit et une sensation de froid très pénible.

A l'arrivée de la malade, il était difficile de porter un diagnostic ferme. Etait-ce un eczéma modifié, irrité ; s'agissait-il d'une éruption pré-mycosique ou d'une dermatite de nature indéterminée ?

L'examen histologique d'une biopsie, montra simplement une infiltration cellulaire, papillaire et sous-papillaire intense, des dilatations vasculaires, des altérations des glandes sudoripares légères, un abondant développement des faisceaux musculaires dermiques et surtout un grand nombre d'abcès miliaires sous-épidermiques.

Pour arrêter cette suppuration cutanée intense, la malade fut soumise aux bains de Naphtol B. à la dose de 10 grammes par bains et deux bains par semaine.

Il s'est produit un soulagement immédiat et une modification des lésions qu'une biopsie faite deux mois après, a nettement montrée : il n'existe plus actuellement d'abcès sur les coupes et l'infiltration cellulaire a notablement diminué. Mais sur les mêmes coupes existent des nerfs sur lesquels on voit manifestement un grand nombre de cylindres axes altérés.

Quelle est la nature de cette affection ? M. Gaston pense qu'on peut ici incriminer à la fois l'altération nerveuse, névrodermite, qui jouerait le rôle de cause prédisposante et l'infection tégumentaire pyogène qui serait la cause occasionnelle. En effet, chez cette malade, il y a eu antérieurement des accidents puerpéraux, rétention de débris placentaires qui peuvent avoir été l'origine d'une névrite, et, au début de l'érythrodermie actuelle, des accidents suppurés du mamelon et du sein consécutifs à une suppression d'allaitement, accidents qui ont été les points d'où

sont partis les placards éruptifs successifs et les suppurations multiples.

M. Gastou conclut qu'il s'agit d'une affection cutanée pyogène par infection staphylococienne. Dr Barbe.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 juillet 1897. — *Présidence de* M. Voisin.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté sans observation.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels; mémoires de la Société des lettres, sciences et arts de l'Aveyron.

Correspondance manuscrite. — Une lettre de M. Delore (de Lyon) demandant à être inscrit pour présenter à la prochaine séance un travail intitulé : *Recherches sur la circulation maternelle du placenta et les lésions pathologiques de cet organe.*

M. le Président rend compte de la cérémonie qui a eu lieu le 27 juin, à la Salpêtrière, pour l'inauguration du monument élevé à Duchenne de Boulogne, et signale le grand succès obtenu par M. Motet, qui, parlant au nom de la Société, a fait de Duchenne un éloge magistral.

Le président a été heureux de présenter le bureau et les membres délégués à M. le ministre de l'Intérieur, en lui rappelant que Duchenne n'appartenait qu'à la Société de médecine de Paris, et que les travaux qui lui ont acquis l'immortalité avaient toujours été présentés à cette Compagnie.

La Société décide l'impression du discours de M. Motet dans les *Bulletins*.

Le président annonce ouvert le concours pour le prix Duparque. Les candidats auront jusqu'au 1er octobre pour présenter un mémoire inédit, qu'ils devront remettre sans nom d'auteur avec une devise, rappelée sur une enveloppe qui contiendra leur nom.

M. Enrico Stassano lit un travail intitulé : **Vues nouvelles sur la pathogénie et le processus évolutif de la syphilis.** (*Sera publié.*)

Le président remercie l'auteur de ce remarquable travail, plein de vues neuves et originales, et nomme pour l'examen de cette candidature une commission composée de MM. Morau, Buret et Jullien.

M. Buret lit un travail intitulé : **Contribution au traitement des syphilides cutanées.** (*Sera publié.*)

M. Jullien. Je ne puis que m'associer aux conseils si spirituellement donnés par M. Buret. Je pense que la thérapeutique locale est trop négligée dans le cours des accidents syphilitiques, et pour mon compte j'y ai recours toutes les fois que je le puis.

Entre plusieurs agents je donne volontiers la préférence à la *traumaticine au calomel*, sur laquelle un de mes élèves, le Dr Cauchard, a fait, il y a deux ans, une thèse intéressante. Le procédé qui est du à Bovero (de Turin) consiste à enduire les parties malades d'un vernis se desséchant vite : gutta percha (1), chloroforme (10), et calomel pour un quart du poids total. Le calomel reste en permanence sur les parties malades qui bénéficient singulièrement de son action.

J'ajoute que si l'on applique le médicament sur de grandes surfaces, on peut obtenir une absorption mercurielle suffisante pour une cure, dans les cas où les autres modes de mercurialisation sont impossibles ou mal acceptés. Il faut même agir avec une certaine prudence pour éviter la gingivite.

En résumé, la pratique préconisée par M. Buret est à recommander, et nous devons nous joindre à lui pour regretter que les classiques l'aient à peu près complètement négligée.

Congestion amygdalienne suppléant la fonction menstruelle chez une opérée. — M. Sibut.

Le travail de M. Sibut est renvoyé à une commission, composée de MM. Grasset, Guépin et Jullien, rapporteur.

Au cours de la séance, M. Albert Weil a été nommé membre titulaire à l'unanimité des membres présents (13 voix); M. Roberto Massalongo (de Vérone) est élu membre correspondant (11 bulletins favorables et 1 bulletin blanc).

La séance est levée à 6 h. 1/4. Mouzon.

VARIÉTÉS

Etude sur la crise que subit en ce moment la profession médicale (1).

Par le Dr Paul Richard.

Depuis quelques années notre pays souffre de crises nombreuses et variées.

Il y a la crise commerciale, la crise agricole, la crise vinicole, la crise puérigène.

Le commerce manque d'entrain, l'agriculture manque de bras, le bon vin disparaît et l'on ne fait plus d'enfants.

La médecine n'a pas été épargnée. Les médecins ont leur crise.

Il serait puéril de s'attarder à démontrer la réalité, l'importance et la gravité de cette crise.

Tous nous en parlons; nous la retrouvons dans maints articles de journaux politiques qui nous sont favorables ou défavorables, suivant l'humeur de l'écrivain ou conformément à l'état actuel de sa santé.

J'estime que l'heure est venue d'étudier sérieusement cette crise, d'en chercher les causes, d'en trouver les remèdes.

Voyons d'abord les causes.

Si je voulais relever toutes les causes qui ont amené l'état de gêne dont je m'occupe, ce n'est pas une modeste étude que j'aurais à présenter à mes confrères, mais un gros livre que j'aurais à écrire.

Mon intention n'est donc pas d'épuiser le sujet. Je ne parlerai pour le moment que de ce qui m'a paru le plus important. En première ligne je place les progrès de l'hygiène.

Les médecins auraient mauvaise grâce à se plaindre qu'une hygiène meilleure et mieux suivie leur ait enlevé bon nombre de leurs malades.

A son poste de combat où il lutte contre la souffrance

(1) Communication à la Société de médecine du Louvre, séance du 15 juin 1897.

: la mort, l'homme qui veille sur la santé de ses semblables, n'a qu'un désir qu'une pensée, s'assurer la vie, oire, c'est-à-dire dissiper la douleur et conserver la vie. our atteindre ce but le meilleur guide est l'hygiène. Aussi es progrès de cette science ont-ils été considérables dans es dernières années et, nul vrai médecin ne me contredira, le sentiment de satisfaction que nous éprouvons à aincre la maladie éteint dans notre esprit tout autre entiment.

J'arrive à une cause plus vulgaire : la gratuité des soins onnés à tous les malades indistinctement dans les hôpiaux, dispensaires, cliniques spéciales et polycliniques.

Plusieurs sociétés médicales se sont occupées de cette uestion. Le Syndicat des médecins de la Seine a comencé une campagne qui donnera, je l'espère de bons ésultats dans l'avenir.

Je n'ai donc pas à y insister ici. Tous nous savons d'ailurs combien le praticien a à souffrir de cette concurence aveugle, dont le doyen de la Faculté a parlé dans son iscours à l'assemblée générale de l'Association des médeins de la Seine lorsqu'il a signalé « les abus par certaines personnes aisées des soins presque gratuits donnés aux membres des sociétés de secours mutuels ; abus de l'hospitalisation depuis que l'on sait que la chirurgie et l'obstétrique ont transformé les services hospitaliers et, par suite, détournement en leur faveur, par les personnes qui se font ainsi soigner, des sommes léguées aux pauvres. »

Il faudra qu'une organisation spéciale et une surveillance attentive arrivent à diminuer les inconvénients inhérents à ces services gratuits qui, malgré des apparences d'actions charitables, sont plus nuisibles qu'utiles.

Aux progrès de l'hygiène, à la gratuité des soins donnés aux malades sans distinction de position sociale dont je viens de parler, il faut ajouter la cause principale de la crise que nous subissons, je veux dire l'encombrement.

Cette question de l'encombrement a préoccupé et préoccupe encore bien des esprits soucieux de notre dignité professionnelle.

Parmi les médecins les mieux placés pour la connaître à fond et la juger avec une grande et légitime autorité, je citerai le Dr Brouardel qui a dit : « la profession médicale « souffre de la pléthore de ses membres, elle se trouve en « présence de mœurs nouvelles ; les victimes de la profes- « sion augmentent de nombre, la lutte devient chaque « jour plus acharnée ».

De plus le même auteur rappelle que depuis 3 ans le nombre des étudiants dépasse cinq mille, c'est-à-dire le double de ceux qui étudiaient il y a vingt ans et il prévoit que le nombre des praticiens aura triplé dans quinze ans.

Comment expliquer cette tendance qui se généralise de plus en plus à embrasser la carrière médicale? Notre race, race latine, se défie du commerce, elle en redoute les aléas, les dangers. La carrière commerciale dans laquelle s'engage avec tant de hardiesse la race anglo-saxonne n'offre à nos esprits français qu'un avenir redoutable par son incertitude et ses responsabilités. Et puis, la consécration habituelle de l'enseignement secondaire n'est-elle pas la possession d'un ou de deux baccalauréats? Voit-on un bachelier revêtir le tablier de l'épicier? Au sortir du lycée acceptera-t-on de garder des pantalons à la porte d'un magasin de nouveautés? Non certes. Il faut être avocat, officier, ingénieur, médecin. Médecin surtout, car tout le monde parle des médecins. Dans les journaux il n'est bruit que de leurs travaux, de leurs conquêtes sur la maladie. On sera donc médecin ; comme Péan, le grand chirurgien ; comme Roux, le sauveur des enfants, comme Cornil, comme tant d'autres illustres et renommés ; ou bien, peut-être, modeste praticien à trois francs la visite, quand il y en a, pour mourir médecin du bureau de bienfaisance à peine plus riche que ses clients.

L'encombrement ne tient pas seulement au nombre qui va sans cesse en augmentant des praticiens qui s'établissent dans la grande ville, à tel point que, dans certains quartiers, il serait difficile de trouver une maison sans médecin ; il faut aussi compter avec les hôpitaux, les dispensaires, les cliniques, les rebouteurs, les marchands de vins qui soignent les panaris, les infirmiers et infirmières pourvus du diplôme, les médecins étrangers plus ou moins nègres, les somnambules plus ou moins voyantes et tant d'autres personnages extra-médicaux qui nous font une sérieuse concurrence sous l'œil bienveillant des autorités.

Voilà le mal. Comment y remédier?

La première proposition que j'ai à faire trouve son utilité au début même des études ; c'est le concours d'entrée à l'Ecole de médecine.

Au lieu d'ouvrir indistinctement ses portes à tous ceux qui se croient les qualités nécessaires pour faire un médecin et qui, pour entrer à l'Ecole, n'ont qu'à payer leur place, comme au théâtre, la Faculté de médecine fera une sélection au moyen du concours. Le candidat devra posséder ses deux baccalauréats complets.

Le futur médecin ne doit pas être étranger aux belles-lettres ; par la philosophie il acquerra deux vertus très utiles pour son avenir ; la patience et la mansuétude. Il doit encore moins ignorer les sciences naturelles.

Le concours portera sur ces sciences en ce qu'elles ont d'applicables à la médecine. Je n'insiste pas sur ce point malgré mon désir de faire ressortir combien il est avantageux pour un jeune homme de n'entrer dans un laboratoire médical que muni de connaissances approfondies sur toutes les sciences, dites auxiliaires aujourd'hui, et qui dans un temps peu éloigné pourraient bien devenir prépondérantes en médecine. Je n'ai pas non plus à m'étendre sur l'organisation de ce concours. Je me bornerai à dire quelques mots sur le recrutement des élèves. Chaque année le doyen d'une des Facultés de l'Etat établira le chiffre disponible des places d'après le nombre des médecins décédés dans la région desservie par la Faculté et surtout suivant le nombre de places que l'on pourra mettre utilement à la disposition des élèves. Je m'explique. Pour devenir un bon médecin il faut qu'un jeune homme pendant un certain nombre d'années ait disséqué, qu'il ait fréquenté les laboratoires, pratiqué des opérations chirurgicales et obstétricales. Pour cela il faut que l'école ait un nombre suffisant de places dans les laboratoires, de sujets dans les salles de dissection pour que les élèves puissent étudier avec profit.

C'est avec ces données que la Faculté pourra indiquer le nombre de places mises au concours et l'on ne verra plus un étudiant attendre deux mois un sujet à disséquer, ou bien quitter l'Ecole sans avoir fait un seul accouchement.

Je m'attends à ce que cette idée du concours soit vigoureusement combattue. Et pourtant ! regardons ce qui se passe autour de nous.

Si notre corps d'officiers est si remarquable, si nos ingénieurs sont si appréciés non seulement en France, mais aussi à l'étranger, ne doivent-ils pas leur autorité et leur légitime renom au concours ? Si les médecins des hôpitaux constituent un corps d'élite, si nos internes sont considérés comme les meilleurs parmi les élèves en médecine, n'est-ce pas parcequ'ils ont passé par les épreuves difficiles d'un concours dont bien peu osent affronter les rigueurs ? Pourquoi ne pas chercher les mêmes avantages dans une mesure nécessairement plus faible pour tous les étudiants. La sélection du concours éliminera les non valeurs qui ont trop présumé de leurs forces et donnera quelque chose de sérieux à ce titre d'étudiant en médecine si répandu de nos jours.

A ceux qui trouveraient le concours par trop cruel, je proposerai un autre moyen, mais moins bon à mon avis.

Ce serait de rendre les épreuves et examens éliminatoires.

L'élève choisirait lui-même l'époque de son examen qu'il ne passerait que lorsqu'il se jugerait suffisamment prêt. Mais après trois échecs, il serait éliminé de l'Ecole comme incapable de continuer ses études. Ce projet auquel se montrent favorables, m'a-t-on dit, les professeurs et agrégés de notre Faculté de médecine me semble moins bon que le concours ; il serait cependant de nature à diminuer l'encombrement, mais il respecte moins l'intérêt des élèves déjà engagés dans leurs études. Avant de terminer, je veux dire un mot de l'ordre des médecins.

Cette question de l'ordre des médecins est vieille comme le monde.

Dans un excellent article paru dans le Bulletin de l'union des syndicats médicaux de France, le Dr Lasalle (de Lormont) en fait l'historique. Au Congrès médical de 1845, ce grand concile ainsi qu'on l'a appelé, Bouillaud, Velpeau, Malgaigne, Trousseau et autres célébrités médicales de l'époque, s'en sont occupés.

Nos anciens étaient très disposés à créer une chambre de discipline destinée à combattre les abus et à relever la dignité de la profession. Plus tard en 1884 le Dr Surmay défend dans une brochure très complète et très éloquente l'idée de la création d'un ordre des médecins. Plus près de nous les Drs Mougeot, Dupuy, député de l'Aisne, Sénac de Vichy, Dignat de Paris, s'efforcent de démontrer l'utilité des Chambres médicales.

Enfin, il y a quelques mois à peine, cette question, qui était tombée dans l'oubli, a été reprise avec un certain succès qui, je dois le dire, ne semble pas devoir durer. Pourquoi ?

C'est que l'on a voulu codifier, réglementer, diviser par articles nombreux une chose absolument insaisissable : l'honneur professionnel. Les uns ont trouvé qu'il y avait trop d'articles ; les autres ont pensé qu'il n'y en avait pas assez. De là, une divergence d'opinions qui a tout perdu. Vouloir confectionner un code d'honneur est une œuvre impossible. Les hommes qui exercent la même profession établissent un *modus vivendi* d'après l'état de leur esprit, suivant les difficultés de la vie et conformément aux nécessités de la pratique. L'honneur médical n'est plus aujourd'hui ce qu'il était il y a cinquante ans.

A Paris, par exemple, où le nombre des médecins a augmenté dans une proportion si effrayante, il faut bien se départir de cette rigidité de rapports entre confrères qui était possible à l'époque où 4 ou 5 médecins à peine habitaient un même quartier. Chacun de nos malades a vu, voit ou verra un autre médecin. Nous devons donc pour nous maintenir en bon rapport de voisinage, savoir ignorer ce qu'il serait par trop ennuyeux de connaître.

A quelles limites doit s'arrêter la condescendance entre confrères ? Nul de nous ne pourrait le préciser et cependant nous obéissons tous à des sentiments vagues de bonne confraternité qui s'imposent aux hommes bien élevés.

Il n'est donc pas possible, d'enfermer dans des règles étroites, de codifier article par article les devoirs et les exigences d'une profession comme la nôtre.

Il suffit de quelques articles organiques réglant la constitution et le fonctionnement de cet ordre de médecins.

Je ne puis m'étendre sur la constitution et le fonctionnement d'une chambre médicale, tels qu'ils ont été établis d'une façon si nette et si parfaite dans l'avant projet de loi, paru dans le n° 12, (p. 148) du Bulletin officiel de l'union des syndicats médicaux de France de juin dernier. Je ne puis qu'y renvoyer le lecteur et je me résume en proposant aux sérieuses réflexions de mes confrères les conclusions suivantes, dont la réalisation me paraît devoir diminuer dans une proportion considérable l'intensité de la crise que subit ee ce moment la profession médicale :

1° Création d'un concours d'entrée dans les Facultés de médecine ;

2° Etablissement dans chaque département d'une chambre disciplinaire dont les membres seront nommés à l'élection par le collège médical qui comprendra tous les médecins ayant fait enregistrer leur diplôme conformément à la loi du 30 novembre 1892.

NOUVELLES

Les concours d'agrégations. — Sur la proposition de M. le professeur Deboye, le Conseil de la Faculté, à l'unanimité moins une voix, a émis le vœu que le concours d'agrégation n'ait plus lieu à Paris pour toutes les facultés réunies.

Médecins conseillers d'arrondissement. — Le Dr Gombourcg, d'Acheux, vient d'être nommé conseiller général de la Somme.

Académie des sciences. — M. le professeur Virchow vient d'être élu associé étranger, par 32 voix sur 45 votants.

La question des étudiants étrangers devant le Conseil municipal. — Nous reproduisons, d'après le *Bulletin municipal officiel*, la discussion qui a eu lieu devant le Conseil municipal de Paris samedi dernier.

M. Astier. Messieurs, la question que j'ai l'honneur de poser à M. le Préfet de la Seine a un caractère d'urgence d'autant plus grand que nous sommes à la veille des vacances, et qu'il importe que le Conseil émette son avis sur la tendance manifestée par la Faculté de médecine de Paris à envoyer en province les étudiants étrangers, afin que de nouvelles dispositions soient prises — s'il y a lieu — pour la rentrée d'octobre.

C'est d'accord avec mon collègue et ami M. Dubois que nous en avons pris l'initiative, c'est en son nom et au mien que je développe notre question.

Le Conseil municipal de Paris, messieurs, s'est toujours honoré en faisant les sacrifices nécessaires pour maintenir

notre ville sa suprématie intellectuelle et artistique. Nous
rticipons aux frais de construction des bâtiments des
cultés, nous subventionnons sous diverses formes les
cultés, nous avons créé des chaires, nous créons et sub-
tionnons des laboratoires, tant à la Sorbonne que dans
s hôpitaux. En un mot, nous ne négligeons rien pour
server et agrandir le patrimoine scientifique, intellec-
el, moral et artistique de la Ville de Paris.

La loi sur les Universités nous permettait d'espérer qu'en
rtu du nouvel état de choses l'Université de Paris, non
ulement se montrerait jalouse de conserver la réputation
nt jouit son enseignement dans l'univers entier, mais
encore, plus libre de ses mouvements, elle chercherait
n augmenter l'éclat et la force de rayonnement.

C'est donc avec une douloureuse surprise que nous avons
pris que l'Université de Paris, contrairement à ce que font
Universités françaises et étrangères qui, elles, s'ingé-
nt à attirer les étudiants des autres nations, s'appliquait
réer des difficultés à ces mêmes étudiants et les invitait
ller faire leurs études dans les Universités de province.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi, messieurs, de
n préciser la situation des étudiants étrangers vis-à-vis
nos Facultés et de nos nationaux. Cette situation a été
ureusement modifiée il y a un an par une circulaire mi-
stérielle instituant le diplôme universitaire, qui ne donne
s au titulaire le droit d'exercer dans notre pays.

Avant cette modification, un grand nombre d'étudiants
ant fait, dans leur pays, des études d'un niveau bien
oins élevé que celles couronnées en France par les divers
ccalauréats, obtenaient l'autorisation de prendre à la Fa-
lté de médecine de Paris leurs inscriptions pour le doc-
rat, jouissaient peut-être d'une certaine indulgence dans
s examens, et, une fois en possession du diplôme de
cteur en médecine, s'installaient à Paris au lieu de re-
urner dans leur pays d'origine.

Ils bénéficiaient de tous les avantages de nos nationaux
ns avoir à supporter certaines de leurs charges, notam-
ent celles résultant des études préparatoires et du service
ilitaire.

L'opinion s'est émue, et la question a été portée à la tri-
ne du Parlement ; la circulaire ministérielle du 21 juillet
96 a tranché la question.

Dorénavant, les étudiants étrangers qui voudront exercer
médecine en France devront être pourvus des baccalau-
ats exigés de nos nationaux, tandis que ceux qui vien-
ront à Paris avec l'intention de faire leurs études médica-
s ou de les parfaire et d'aller exercer la médecine chez
ux recevront un diplôme universitaire qui sera simple-
ent une constatation de leurs études, ainsi que cela se
it d'ailleurs dans les universités étrangères.

Etant donnée cette situation nouvelle, avons-nous intérêt
attirer à Paris les étudiants étrangers désireux de faire
urs études à notre Faculté de médecine, si justement
putée ?

Poser la question, c'est la résoudre.

En effet, il serait au moins étrange qu'alors que les uni-
ersités allemandes, autrichiennes, suisses et anglaises, font
es sacrifices considérables pour donner le plus d'éclat pos-
ble à leur enseignement, soit en faisant des situations
xceptionnelles à des professeurs célèbres, soit en accordant
es facilités de toutes sortes aux étudiants étrangers, l'Uni-
ersité de Paris s'ingéniât à repousser les étudiants étran-
ers, détruisît elle-même ce moyen d'expansion scientifi-
que qui, jusqu'à ce jour, a été sa gloire et la consécration
de la supériorité de son enseignement.

Et pourtant il en est ainsi.

Les amphithéâtres et les laboratoires de la Faculté de
médecine étant encombrés, il a été décidé que les étudiants
étrangers, postulant soit le diplôme d'Etat, soit le diplôme
universitaire, astreints à suivre les travaux pratiques, ne
pourraient prendre leurs inscriptions que dans une Univer-
sité de province.

Messieurs, les conséquences de cette décision ont été les
suivantes. En 1895, il y avait 1046 étudiants étrangers à la
Faculté de médecine de Paris, en 1896-1897 il y en a seule-
ment 657, soit une diminution des deux cinquièmes.

Ces étudiants, que l'on a empêchés de faire leurs études
à Paris, sont-ils allés dans les universités françaises de
province, comme on les y invitait? Si quelques-uns l'ont
fait, la plupart ont pris le chemin de Berlin, de Vienne, de
Hall, de Baunn, de Leipzig ou de Gœttingue, et sont allés
augmenter le prestige déjà trop considérable des univer-
sités allemandes.

Car, il ne faut pas oublier que, si pour nous, Français,
les diplômes de docteur en médecine délivrés par les uni-
versités de province qui possèdent des laboratoires et des
amphithéâtres bien installés et ont des professeurs très éru-
dits et capables de former de très bons élèves, ont la même
valeur que ceux délivrés par la Faculté de médecine de
Paris, les étrangers, eux, recherchent surtout ceux délivrés
par Paris, et, comme ils sont libres de choisir, à défaut de
Paris, ils vont à Berlin ou à Vienne.

Ai-je besoin d'insister sur l'intérêt de Paris à attirer les
étudiants étrangers?

Une fois munis du doctorat, ces étudiants retournent
dans leur pays, et, grâce à leurs connaissances grâce aussi
au prestige que leur donne leur diplôme de l'Université de
Paris, ils deviennent très souvent professeurs dans une
école de médecine, enseignent à leurs élèves les méthodes
françaises, leur font aimer notre pays, éveillent en eux le
désir de venir à Paris et sont des agents merveilleux de
l'influence française.

Car tous conservent avec notre pays des relations ami-
cales, scientifiques et commerciales.

Cette source de l'influence française, devons-nous, sans
protester, la laisser tarir par ceux-là même qui devraient
la rendre plus abondante et plus féconde ? Pouvons-nous
rester indifférents à cette atteinte portée au prestige de
l'Université de Paris, qui a toujours été l'avant-garde du
mouvement scientifique et littéraire?

Devons-nous abandonner, sans nous défendre, aux uni-
versités allemandes les régions où l'influence française est
encore prépondérante ?

Voilà, messieurs, brièvement exposée, la question que je
tenais à vous soumettre avant la séparation du Conseil.
Trop d'intérêts de l'ordre le plus élevé sont en jeu pour que
notre silence devienne une complicité tacite.

Dès la rentrée, je reviendrai devant vous avec des docu-
ments plus complets, et je demanderai alors qu'une Com-
mission municipale soit nommée pour résoudre ce pro-
blème, si complexe et si délicat.

Le Conseil de notre Université est composé d'hommes
éminents, dévoués à l'Enseignement supérieur et pénétrés
de l'amour de Paris. Ils ont à cœur de conserver à la capi-
tale sa suprématie scientifique et intellectuelle ! et je tiens
à ajouter que la question qui nous préoccupe à si juste titre

fait aussi en ce moment l'objet des délibérations de la Faculté de médecine. C'est la preuve qu'une entente pourra sans doute s'établir pour le bien matériel et le prestige moral de Paris.

Pour aujourd'hui, je tenais simplement à poser la question, convaincu que, tenant compte de nos légitimes désirs, le Conseil de l'Université de Paris reviendrait sur les décisions en vigueur depuis octobre 1896 et autoriserait, dès la prochaine rentrée, les étudiants à s'inscrire à la Faculté de Paris, comme par le passé.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer au nom de mon collègue Dubois et au mien la délibération suivante, que je prie le Conseil d'adopter à l'unanimité :

« Le Comité,

« Considérant que la création du diplôme universitaire sauvegarde les intérêts de nos nationaux, puisqu'il ne confère pas au titulaire de ce diplôme le droit d'exercer la médecine en France,

« Emet le vœu :

« Que le Conseil de l'Université de Paris fasse tous ses efforts pour retenir à Paris les étudiants étrangers qui y viennent, attirés par la supériorité de l'enseignement donné à la Faculté de médecine et avec l'intention d'exercer la médecine dans leur pays d'origine.

« Signé : Astier, Dubois. »

D'autre part, je prie M. le Préfet de la Seine de nous dire s'il a des renseignements à nous fournir et quelle sera son attitude dans cette question où l'avenir de l'Université de Paris et la prospérité de notre ville sont solidaires.

M. le Préfet de la Seine. Je n'ai pas de renseignements particuliers à fournir au Conseil sur l'affaire qui a fait l'objet de la question de l'honorable M. Astier, mais, comme vous, messieurs, je perçois tout l'intérêt qu'il y a attirer à Paris le plus grand nombre possible d'étrangers.

En dehors des avantages matériels qui peuvent en résulter pour la Ville de Paris, le pays tout entier y a également intérêt, car les étrangers, en retournant dans leur patrie, y apportent nos idées et répandent autour d'eux des sentiments de sympathie pour la France.

Je transmettrai les observations qui viennent d'être formulées et, dans la mesure de mon action, je ferai ce que je pourrai pour que les étrangers continuent à être attirés à l'Université de Paris.

M. Astier. Je prends acte des paroles de M. le Préfet, je le remercie de la sympathie qu'il manifeste pour la mesure que je propose.

M. Pierre Baudin. Je demande le renvoi de la proposition à la 4e Commission, qui a dans ses attributions les mesures à prendre concernant l'enseignement supérieur. On lui adjoindrait, pour la circonstance, un membre de la 1re Commission, M. Astier, et un membre de la 5e Commission, M. Dubois. L'étude commencerait dès la rentrée. Mais, en attendant, il faudrait que M. le Préfet négociât avec l'administration pour que les étudiants étrangers puissent prendre leurs inscriptions dès le mois de novembre prochain, afin que notre délibération n'intervienne pas trop tard.

M. le Préfet de la Seine. Ignorant les détails de la question, j'ai dû me borner à faire une déclaration d'ordre général, mais vous avez assurément perçu, en entendant mes paroles, dans quel sens l'administration préfectorale va diriger son action.

M. Astier. Je prends acte des déclarations de M. le Préfet de la Seine en faveur de la sauvegarde des intérêts de notre Université et des intérêts parisiens et français.

Je m'associe à la motion de M. Pierre Baudin, et je prie le Conseil de voter l'ordre du jour que j'ai présenté.

L'ordre du jour de M. Astier et la proposition de M. Pierre Baudin sont adoptés à l'unanimité.

Association de la presse médicale française. — La 2 juillet 1897e a eu lieu la trente-septième réunion de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le Dr Cornil, 18 personnes y assistaient.

M. le Dr Morice, directeur de la *Gazette des Eaux*, a été nommé membre titulaire de l'Association, sur le rapport de M. le Dr Bardet.

M. le Dr Cézille a rappelé que la Commission des Patentes à la Chambre des Députés a décidé d'imposer une *patente aux journaux scientifiques*. L'Association a autorisé son syndic à faire valoir les doléances de ses membres à ce sujet auprès des autorités compétentes.

M. le Secrétaire général a donné lecture d'une lettre du Secrétaire du Comité du *Monument Grisolle a Fréjus*, demandant à l'Association de la Presse médicale de vouloir bien s'intéresser à la tentative des compatriotes de l'ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine.

M. le Dr Baudoin a communiqué les nouveaux renseignements qu'il a reçus à propos du *Congrès international de Medecine de Moscou*.

Le Secétaire general, Marcel Baudoin.

Nécrologie. — Le Dr Debrou, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 84 ans, à la Ferté Saint-Aubin (Loiret).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Librairie J.-B. Baillière et fils. — 10 vol. in-8 de 850 pages chacun illustrés de figures. Prix de chaque volume : 12 francs.

Vient de paraître : Tome IV. *Maladies du tube digestif*, 1 vol. gr. in-8 de 882 pages avec figures : 12 francs.

La cause de la tuberculose, *suivant le prof. Robert Koch et sa méthode curative*, par le prof. Middendorp, de Groningue (Pays-Bas. — J.-B. Walter, libraire éditeur. Prix 3 francs.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*